



NORMAS PARA EL TRATAMIENTO DE LA SIFILIS EN LA EMBARAZADA

Ficha tecnica

Elaboración

Dra Zully Suarez

SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA

Dra. Noemi Alum

Revision tecnica

Ministerio de Salud Publica

PRONASIDA

Dr. Nicolas Aguayo

Prof. Dra. Ramona Valdez

Dra. Tania Samudio

Dra. Gloria Aguilar

Dra. Alma Barboza

Dr. José Aponte

Dra. Gladys López

SERVICIOS DE SALUD

Dr. Diego Gamarra

SOCIEDAD PARAGUAYA DE

ALERGIA E INMUNOLOGIA

DR. Hector Ratti

SOCIEDAD PARAGUAYA DE

INFECTOLOGIA

DR. Diulio Nuñez

INSTITUTO DE MEDICINA TROPICAL

Dr. Oscar Merlo

PROF. Dr. Antonio Arbo

SOCIEDAD PARAGUAYA DE

PEDIATRIA

Dra. Dolores Lovera

**MINISTERIO DE SALUD PUBLICA
Y BIENESTAR SOCIAL**

Dra. Esperanza Martinez
MINISTRA

Dr. Edgar Gimenez
VICE MINISTRO

Dr. Ivan Allende
DIRECTOR DE VIGILANCIA
DE LA SALUD

Dr. Nicolás Aguayo
PROGRAMA NACIONAL
DE CONTROL DE SIDA/ITS





Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social
Secretaría General
Resolución S.G. N° 488

POR LA CUAL SE APRUEBAN Y DECLARAN PRIORITARIAS LAS NORMAS PARA EL TRATAMIENTO DE LA SÍFILIS EN LA EMBARAZADA, SU PAREJA, Y LOS NIÑOS CON SÍFILIS CONGÉNITA; EN LOS SERVICIOS DE SALUD TANTO PÚBLICOS COMO PRIVADOS, SEGÚN NIVELES DE COMPLEJIDAD.

Asunción, 14 de julio de 2009

VISTA:

La presentación de la Dirección del Programa Nacional de Control de SIDA/Infecciones de Transmisión Sexual (ITS), recibida en el Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social como expediente N° 7123, por medio de la cual remite la propuesta referente a las Normas para el tratamiento de la Sífilis en la Embarazada y su pareja, y en los/as niños/as con Sífilis Congénita, en los Servicios de Salud, tanto públicos como privados, según niveles de complejidad; y

CONSIDERANDO:

Que una investigación clínico-epidemiológica de los casos de Sífilis Congénita registrados de enero de 2006 a marzo de 2007 en cuatro Regiones Sanitarias del Paraguay, ha dado como resultado una incidencia de 8.3 por 1000 nacidos vivos, y si a ésta se suman otros factores tales como la ocurrencia de aborto espontáneo, mortinato, muerte perinatal y sus graves implicancias en el/la recién nacido/a e incluso en la etapa de desarrollo y crecimiento del/de la niño/a, se llega a la conclusión de que la situación de la Sífilis Congénita configura aún un grave problema de salud pública en el país.

Que dicha situación conlleva la necesidad de dotar a los Servicios de Salud de una clara normativa y precisos esquemas terapéuticos que respalden sus intervenciones, de acuerdo con sus respectivos niveles de complejidad, en el tratamiento de la sífilis en la embarazada y su pareja, así como en los niños con sífilis congénita.

Que dicha normativa avala el criterio del uso de la Penicilina en los Servicios de Salud, incluyendo los establecimientos privados que atienden a embarazadas y mujeres en edad fértil, como el tratamiento de elección para evitar la transmisión materna de la Sífilis; por ser el único capaz de atravesar la barrera placentaria, y por consiguiente, lograr la curación del producto del embarazo.





Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social

Secretaría General

Resolución S.G. N° 4308

14 de julio de 2009
Hoja N° 2

Que una Resolución de la Organización Panamericana de la Salud (OPS), del mes de junio de 1995, de la cual el Paraguay es signatario, recomienda la eliminación de la sífilis congénita en las Américas.

Que la Resolución S.G.N° 433/06, dispone la obligatoriedad de que los profesionales de salud ofrezcan la realización, en carácter gratuito, de las pruebas para VIH y Sífilis a todas las embarazadas y mujeres en edad fértil que acudan a los Servicios de Salud dependientes del Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social

Que la Resolución S.G.N° 396/07, en su Artículo 1°, declara prioritario para la salud pública al Programa de Prevención de la Transmisión Materno Infantil del Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH) y la Sífilis Congénita; y en su Artículo 2° dispone: "Constituir en cada Región Sanitaria equipos de trabajo integrados por funcionarios capacitados en la prevención de la transmisión materno infantil, como encargados de la implementación de dicho Programa en sus respectivos Servicios de Salud, siendo los principales responsables de su ejecución los Directores Regionales y los Gerentes de ITS/VIH".

Que ambas Resoluciones ratifican las acciones e intervenciones que deben tomar los profesionales de la salud a fin de reducir la incidencia de la sífilis congénita.

Que la Ley N° 836/80, Código Sanitario, Artículo 2°, establece que el Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social es la más alta dependencia del Estado competente en materia de salud y aspectos fundamentales del bienestar social;

Que en ese mismo contexto, el Decreto N° 21376, en su Artículo 7° expresa que corresponde al Ministerio ejercer la autoridad sanitaria en todo el territorio nacional; y en su Artículo 10°, menciona entre sus funciones específicas en el Área de Regulación y Atención Sanitaria, la de "Definir normas generales y específicas de atención en salud, que posibiliten el desarrollo de programas y servicios acorde a la eficiencia, eficacia y calidad de las prestaciones en las áreas de prevención y recuperación en salud"

POR TANTO, de conformidad con las disposiciones legales invocadas, y en uso de sus atribuciones





Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social
Secretaría General
Resolución S.G. N° 488

14 de julio de 2009
Hoja N° 3

**LA MINISTRA DE SALUD PÚBLICA Y BIENESTAR SOCIAL
RESUELVE:**

- Artículo 1°.** Aprobar las **Normas para el tratamiento de la sífilis en la embarazada, su pareja y los/as niños/as que nacen con Sífilis Congénita**; en los servicios de salud tanto públicos como privados, según nivel de complejidad; las cuales se anexan a la presente Resolución y forman parte de ella.
- Artículo 2°.** Declarar prioritario el cumplimiento de la normativa aprobada en el Artículo precedente, por parte de todos los Servicios de Salud del país, tanto públicos como privados.
- Artículo 3°.** Disponer la utilización de la Penicilina en dichos Servicios de Salud, para situaciones en que su uso se imponga, según esquemas estandarizados por el Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social.
- Artículo 4°** Aprobar la normativa referente a los esquemas terapéuticos para situaciones en que el uso de la penicilina se imponga, así como los procedimientos a ser realizados, materiales necesarios y los signos y síntomas de anafilaxia; la cual es parte anexa de esta Resolución.
- Artículo 5°** Determinar que compete al Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social, a través del Programa Nacional de Control de Sida/ITS, adoptar las medidas técnicas y administrativas necesarias para dar fiel cumplimiento a esta Resolución.
- Artículo 5°** Determinar que las disposiciones contenidas en esta resolución entran en vigor desde la fecha de su firma.
- Artículo 6°.** Dejar sin efecto todas las Resoluciones anteriores contrarias a lo establecido en ésta.
- Artículo 7°.** Comunicar a quienes corresponda y cumplido, archivar.




**DRA. ESPERANZA MARTÍNEZ
MINISTRA**

**NORMAS PARA EL
TRATAMIENTO
DE LA SÍFILIS EN LA
EMBARAZADA**

ANEXO

NORMAS PARA EL TRATAMIENTO DE LA SÍFILIS EN LA EMBARAZADA, SU PAREJA, Y LOS NIÑOS/AS CON SÍFILIS CONGÉNITA, EN LOS SERVICIOS DE SALUD PÚBLICA, SEGÚN NIVELES DE COMPLEJIDAD

INTRODUCCIÓN

Las Infecciones de Transmisión Sexual (ITS) se encuentran entre las principales causas de enfermedad en el mundo, y en muchos países de la América Latina incluyendo el Paraguay sus consecuencias económicas, sociales y sanitarias son muy importantes.

Algunas de estas infecciones suelen afectar de manera significativa a las mujeres en edad reproductiva y a sus hijos destacándose las infecciones por *Treponema pallidum* (sífilis) y por el Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH).

La gran importancia que tienen estas dos infecciones para la Salud Pública radica en las elevadas tasas de mortalidad perinatal, infantil en los lugares donde persisten tasas de prevalencia relativamente altas, en contraste con el elevado nivel resolutivo y de costo-beneficio que puede obtenerse con la implantación de planes y programas adecuados para su control.

Por estas razones, las actividades para su prevención y control deberán estar vinculadas entre sí e integradas a otras intervenciones

destinadas a prevenir la morbilidad y mortalidad fetal, neonatal e infantil, pues existe un sinergismo de acciones preventivas en este sentido y la evaluación de su ejecución deben representar indicadores importantes de la calidad de la atención prenatal.

Cuando una mujer embarazada es infectada por el *Treponema pallidum* y no es tratada o es inadecuadamente tratada, la infección puede transmitirse al feto a través de la vía transplacentaria ocasionando la sífilis congénita, que en muchas ocasiones ocasiona aborto, muerte fetal, parto prematuro o infecciones muy graves en los neonatos, complicaciones que podrían ser totalmente prevenibles con el tratamiento de fácil acceso y de bajo costo que es la penicilina.

El tratamiento con la penicilina es la recomendada por ser ella la única capaz de atravesar la barrera placentaria y por consiguiente lograr la curación de la infección fetal y que las reacciones de tipo anafilácticas graves después del uso de la penicilina son raras, entre 0,5 y 1 por 100 000 personas tratadas.

El propósito de la presente normativa es el empleo de la penicilina como el tratamiento de elección para evitar la transmisión materna infantil de la sífilis en los servicios de Salud Pública según nivel de complejidad incluyendo los servicios privados que atienden a mujeres embarazadas y a niños/as con sífilis congénita.

Es importante complementar las acciones preventivas, educativas, de profilaxis, tratamiento, vigilancia epidemiológica y de seguimiento a la mujer embarazada y su niño/a, que permitan mejorar la calidad de atención en el marco de los Derechos Humanos y de los Derechos Sexuales y Reproductivos, que se merecen los/as usuarios/as.

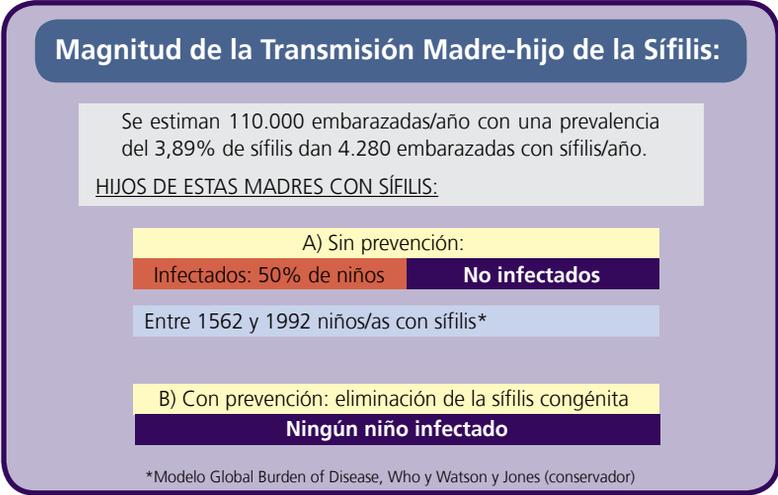
El correcto cumplimiento de esta Norma es de carácter obligatorio para los/as trabajadores de la salud, así como su aplicación

a nivel nacional, enfatizando la no estigmatización y discriminación., brindando la atención de calidad por parte del trabajador/a de salud en el diario acontecer del servicio.

• **Sífilis en el Paraguay**

La Sífilis Congénita es una enfermedad prevenible si la mujer embarazada accede a las pruebas de diagnóstico y recibe tratamiento completo en caso que la requiera.

Si aplicamos la prevalencia de la Sífilis a las embarazadas nuevas estimadas cada año, se esperarán que 4.280 mujeres tendrán Sífilis, y si no se tratan para prevenir la transmisión madre-hijo de la Sífilis nacerán entre 1562 y 1992 niños/as con Sífilis congénita anualmente, con intervenciones oportunas ningún niño/a nacerá con Sífilis congénita (cuadro 1).



Cuadro 1

La política actual del país apunta a intervenir en la población de embarazadas con VIH, y/o Sífilis y sus niños/as facilitando: acceso al diagnóstico oportuno, el seguimiento de las mismas en el sistema de salud, la profilaxis de las embarazadas con VIH, el tratamiento de la Sífilis, profilaxis de los niños/as expuestos/as al VIH y provisión de sucedáneos de la leche materna.

La descentralización de las pruebas diagnósticas para el VIH y la sífilis acompañado de consejería, ofrecido en forma gratuita, se cuenta con 120 servicios en 17 regiones sanitarias del país. El acceso a la Profilaxis de la transmisión madre-hijo del VIH y de la sífilis para prevenir la transmisión al recién nacido/a ha aumentado del 4% en el año 2005 al 70 % en el año 2008 en los servicios de salud donde se realizan pruebas.

Además se han logrado dos Resoluciones Ministeriales:

- Nº 433 del 2006: Obliga a los proveedores de salud a ofrecer las pruebas para VIH y VDRL a todas las embarazadas que acuden a servicios de MSP y BS.
- Nº 396 del 2007: Se declara de carácter prioritario al "Programa de Prevención de la Transmisión Perinatal del VIH y Sífilis" y se establecen "Equipos multidisciplinarios de profesionales" de cada servicio que realiza estas prestaciones.

La incidencia de Sífilis congénita en el Paraguay es una de las más elevadas de América Latina, 8.3 x 1000 nacidos vivos, muy superior al 1% establecido como indicador principal para la medición de impacto en el Plan de Acción de la OPS para eliminar la Sífilis congénita.

El tratamiento de las embarazadas con sífilis ha llegado a un 70 % de las que llegan a los servicios y el de pareja de 17%, lo que define la magnitud y gravedad de este problema especialmente en mujeres y niños/as en el Paraguay.

Se ha iniciado una estrategia para aumentar la cobertura de tratamiento de la embarazada y su pareja estableciendo el Tratamiento Estrictamente Supervisado de la Sífilis en mujeres embarazada y su pareja aprovechando la misma para dar seguimiento a las embarazadas con VIH y a su recién nacido/a .para lo cual se ha implementado las pruebas diagnósticas para VIH y Sífilis, acompañado de consejería, para entregar los resultados en el día e iniciar TRATAMIENTO en caso de Test rápido reactivo (+) para Sífilis, la misma contempla otras acciones como la Búsqueda Activa, a través de visitas acordadas en su domicilio para persuadirla que venga al servicio con su pareja para su tratamiento, entrega de incentivos al completar su tratamiento.

CRITERIOS DE DIAGNÓSTICO DE LA EMBARAZADA Y DEL NIÑO/A CON SÍFILIS EN LA EMBARAZADA (EN EL PRENATAL, EN EL PARTO O ABORTO)

DEFINICIONES

• *Sífilis primaria*

Caso sospechoso:

Presencia de Úlcera genital en los labios de la vulva, vagina, cuello uterino o recto, con adenopatía inguinal o sin ella, sin historia de vesículas o vesículas presentes.

Caso confirmado:

Caso sospechoso más campo oscuro o inmunofluorescencia directa positiva, ó

Caso sospechoso más pruebas serológicas no treponémicas: VDRL o RPR Reactiva a partir de 1;1 o test rápido treponémico reactivo, si se tiene un examen previo NO REACTIVO, o no se tiene ningún examen previo;

• *Sífilis secundaria*

Caso sospechoso:

Presencia de lesiones nuco-cutáneas, exantema de piel, que aparecen más frecuentemente en palmas y plantas, pápulas en mucosas genitales (condilomas planos sífilíticos), lesiones en farinas (alopecia), asociadas o no a manifestaciones generales como decaimiento, fiebre, anorexia, y adenopatías.

Caso Confirmado:

Caso sospechoso más pruebas serológicas no treponémicas: VDRL o RPR.

Reactiva (a partir de título 1/1 es considerado reactivo ante un examen previo NO REACTIVO, o en ausencia del mismo).

• *Sífilis latente*

Caso sospechoso:

Todo paciente sin signos ni síntomas clínicos de Sífilis más:

- Pruebas serológicas no treponémicas VDRL o RPR Reactiva (a partir de título 1/1 es considerado reactivo ante un examen previo NO REACTIVO, o en ausencia del mismo).
- Contacto sexual de una persona diagnosticada con Sífilis reciente (últimos 90 días).
- Pruebas treponémicas positivas y no treponémicas anteriormente positivas que presentan aumento de dos diluciones o más en comparación con la última prueba de este tipo.

Clasificación de la Sífilis latente:

- Sífilis Latente Precoz: < de 1 año.
- Sífilis Latente Tardía: > 1 año o duración desconocida.

- **Sífilis terciaria**

La Sífilis terciaria es aquella que se manifiesta con goma Sifilítico y Sífilis cardiovascular.

- **Neurosífilis**

Cuando existen evidencias de infección del SNC por T pallidum (pleocitosis > 5 células/mm³ y proteinorraquia > 45 mg/dl), con o sin VDRL reactiva en LCR.

DIAGNÓSTICO DE SÍFILIS EN EL EMBARAZO

Toda mujer embarazada debe ser analizada serológicamente con la prueba de VDRL:

- En la primera consulta prenatal. (En el primer trimestre).
- Segunda serología: entre las 28 y 32 semanas.
- Tercera serología: En el momento del parto.
- Eventualmente cuando sea atendida para curetaje por aborto o mortinato.

EN EL NIÑO/A CON SÍFILIS CONGÉNITA

- **Definiciones:**

Sífilis Congenita:

Todo niño/a, aborto o mortinato cuya madre tiene evidencia clínica (úlceras genitales o lesiones

compatibles con Sífilis secundaria) y/o con prueba treponémica (incluidas pruebas treponémicas rápidas) o no treponémica positiva o reactiva durante la gestación, parto o puerperio, que no haya sido tratada o haya sido tratada inadecuadamente independientemente de la presencia de signos, síntomas o resultados de laboratorio en el niño/a.

Todo niño/a con títulos de RPR/VDRL cuatro veces mayor (equivalente a un cambio de dos diluciones) que los títulos de la madre realizado en el momento del parto.

Todo niño/a que presente prueba no treponémica positiva y algunas de las siguientes condiciones:

- Manifestaciones clínicas sugestivas de Sífilis congénita al examen físico.
- Evidencia de cambio en la serología, VDRL anteriormente negativa que se hace positiva o elevación de título de VDRL en relación a títulos anteriores.
- Evidencia radiográfica de Sífilis congénita.

Manifestaciones clínicas sugestivas de Sífilis congénita: Distrofias, neumopatías, laringitis (llanto ronco y continuado), gas troenteritis, hepatoesplenomegalia, osteocondritis de huesos largos al examen radiológico, rinitis serosa o serosanguinolenta, pseudoparálisis, ictericia y/o anemia, lesiones mucocutáneas

(pápulas, placas infiltradas rojizas en región peribucal, miembros, palmas, plantas, perianales y perigenitales, roseolas de grandes manchas, ampollas palmoplantares).

Todo niño/a con menos de 13 años de edad, y con las siguientes evidencias clínicas y/o serológicas:

- VDRL reactiva después del sexto mes de vida, excepto en situaciones de seguimiento post-terapéutico.
- Test treponémicos reactivos después de los 18 meses de edad.
- Títulos de VDRL/RPR mayores en 4 Títulos (dos diluciones) a los de la madre.

OBSERVACIÓN: La prueba rutinaria de Sífilis en el Cordón umbilical no tiene valor en el recién nacido. La prueba de la serología de la madre es preferida al del Recién nacido/a(RN), ya que el test del RN puede ser no reactivo si la madre tiene resultados de títulos bajos o si la madre fue infectada tardíamente en el embarazo.

• **Tratamiento**

a) Sífilis:

Sífilis primaria: Penicilina G Benzatinica.

Dosis única.

Total: 2.400.000 UI Intramuscular (IM).

Sífilis secundaria o latente con menos de 1 año de evolución o Sífilis terciaria o con más de un año de evolución o con duración ignorada.

Penicilina G Benzatínica 3 dosis, 2.400.000UI IM.

1 por semana Total: 7.200.000UI IM.

Neurosífilis: Penicilina G Cristalina acuosa 18 a 24 millones de UI por día , cada 4-6 hs. diariamente por 10 días.

b) Sífilis Congénita:

si hubiere alteraciones clínicas y/o serológicas y/o radiológicas y/o hematológicas: penicilina G cristalina 50.000 UI/kg/dosis, EV, cada 12 horas (en los primeros 7 días de vida) cada 8 horas (entre 7-30 días de vida), cada 6 horas después de los 30 días durante 10 días; con o sin alteraciones del líquido cefalorraquídeo o penicilina G procaína 50.000 UI/kg, dosis única diaria, IM durante 10 días.

• **Epidemiología de las reacciones**

La prevalencia global de alergia a lactámicos, globalmente se estima en un 2%. Las reacciones anafilácticas se presentan en 1 a-5 casos por cada 10.000 cursos de tratamiento, con la ocurrencia de un caso mortal cada 50.000 a 100.000 cursos de tratamientos.

Si la prevalencia de sífilis en gestantes en el Paraguay es de

3,89%, ello significa que se deberían esperar 4562 gestantes positivas a la prueba de VDRL o con sífilis por cada 100 000 embarazadas que se estudien. Si en todo el país se lograra estudiar en un año esta cifra y resultaran positivas el 3,89 y aun suponiendo que a cada una de ellas haya que administrarle dos cursos de tratamiento con penicilina benzatínica el estimado de reacciones anafilácticas a esperar estaría entre 1 y 6 casos con la posibilidad de aparecer, presuntamente, apenas un caso mortal, lo que significaría una probabilidad de 1×10^5 que comparado con las elevadas y conocidas tasas de morbi-mortalidad asociadas a esta infección es incuestionablemente inferior. Por lo que la ocurrencia de un caso letal es muy baja.

- **Gestantes con alergia a la Penicilina**

La incidencia de reacciones alérgicas a la penicilina está sobrevalorada, son poco frecuentes, con una incidencia de 1 a 4 por cada 10.000 usuarios/ as tratados/ as, y 1 a 2 reacciones anafilácticas graves por cada 100.000 tratamientos.

Para la prevención de la transmisión vertical de la sífilis el único antibiótico efectivo es la penicilina, es decir, un embarazada con sífilis que recibe un tratamiento diferente a la penicilina en el esquema estipulado, tendrá probablemente un RN con sífilis congénita.

Existen factores y marcadores que favorecen la reacción alérgica a la penicilina y son:

- Genéticos.
- Edad 20 a 49 años.
- Enfermedades asociadas (infección por el Virus de Epstein Barr, Citomegalovirus y la leucemia linfocítica aguda).
- Tratamiento concomitante con beta-bloqueadores.
- Antecedente personal de reacción alérgica a la penicilina.

- **Contraindicaciones de uso de la Penicilina son:**

- Reacción anafiláctica previa comprobada.
- Síndrome de Stevens Johnson, dermatitis exfoliativa relacionadas al uso de penicilina.

- **Reacción de Jarisch Herxheimer**

Es una reacción que se caracteriza por fiebre mialgia, cefalea, malestar general en las primeras 24 horas (2 a 24 horas después) luego de la aplicación de la primera dosis penicilina debido a la destrucción de las espiroquetas.

Puede durar hasta 24 a 48 horas, es autolimitada. Es mas frecuente cuando el tratamiento se inicia en las etapas tempranas de la sífilis: primaria y secundaria.

El tratamiento recomendado es reposo y tratamiento sintomático para la fiebre y el dolor. En el

caso de las pacientes embarazadas con sífilis primaria o secundaria, deben ser advertidas de que la reacción podría producir parto prematuro, sufrimiento fetal o aborto.

En los niños la reacción de Jarisch Herxheimer suele ser más leve.

No se debe confundir con alergia a la penicilina.

2. REACCIONES DE HIPERSENSIBILIDAD EN EL USO DE LA PENICILINA:

En general estas reacciones dependen del uso previo (sensibilización) de la medicación.

Las reacciones de hipersensibilidad a las penicilinas pueden ser divididas en:

| Tipo | Tiempo de Aparición | Cuadro Clínico | |
|------------|--|---|--|
| Inmediatas | Hasta 20 minutos pos aplicación de penicilina. | Grado de manifestación variable desde prurito, rubor cutáneo hasta edema laríngeo, arritmia cardiaca y shock. | Asociada a sensibilización previa. |
| Aceleradas | 1 a 72 horas pos aplicación de la penicilina. | Prurito, angioedema, edema laríngeo, y muy raras veces hipotensión. | Asociada a sensibilización previa. |
| Tardías | Más de 72 horas pos aplicación de la penicilina. | <p>Erupciones cutáneas benignas, morbiliformes de buena evolución.</p> <p>Es poco frecuente la aparición de manifestaciones como fiebre, anemia hemolítica autoinmune, trombocitopenia, granulocitopenia.</p> <p>Nefritis intersticial aguda, reacciones idiopáticas como Síndrome de Stevens Jonson, dermatitis exfoliativa.</p> | No asociadas a sensibilización previa. |

3. TRATAMIENTO DE LAS REACCIONES DE HIPERSENSIBILIDAD A LA PENICILINA

La anafilaxia es una emergencia médica aguda que requiere la instauración de un tratamiento adecuado. El éxito del tratamiento, así como la prevención de complicaciones más graves, depende fundamentalmente del reconocimiento precoz de los signos y síntomas que caracterizan el cuadro clínico y la rápida implementación y ejecución de medidas terapéuticas apropiadas.

Después de la aplicación de la penicilina, el paciente o la embarazada debe permanecer en observación de 30 a 60 minutos.

Los pacientes con enfermedad cardíaca congestiva y con enfermedad arterioesclerótica coronaria presentan riesgos de reacciones anafilácticas más graves (arritmias, disminución de las fuerzas de contracción ventricular e infarto agudo del miocardio) y para utilizar penicilinas inyectables deben ser encaminados para servicios de referencia.

4. ASPECTOS GENERALES DEL TRATAMIENTO DE LA ANAFILAXIA

El tratamiento está dirigido para tres importantes manifestaciones:

a) manifestaciones cutáneas (angioedema, urticarias);

b) dificultades respiratorias (estridor, laringoedema, laringoespasmio y broncoespasmio); e
c) hipotensión.

La epinefrina (adrenalina) es la droga más importante para el manejo de la anafilaxia y debe ser administrada por vía subcutánea.

4.1 Tratamiento principal:

PASOS

Primero: Aplicar adrenalina 1:1.000 debe ser administrada en dosis de 0,3 a 0,5 ml (adultos) y 0,01 ml/Kg hasta máximo 0,3 ml (niños/as), vía subcutánea, con intervalo de 15 a 20 minutos entre las dosis (máximo de 3 dosis).

Segundo: clorfeniramina inyectable: 0,25 a 0,35 mg/Kg a cada 6 horas, IM o EV (diluir a 25 mg/min).

Tercero: Hidrocortisona 5 a 10 mg/Kg/dosis IM o EV.

(Infusión), preferencialmente de 30 segundos (100mg) a 10 minutos (500 mg) cada 6 horas.

Otra opción es el succinato de metilprednisolona IM o EV (dosis de ataque de 2mg/Kg IM o EV y mantenimiento 0,8 a 1,0 mg/Kg/día IM o EV cada 6 horas). Los corticosteroides pueden prevenir el riesgo de recurrencia o de prolongamiento de la anafilaxia. Suprimen la progresión de urticaria y de angioedema asociados a anafilaxia, mas el establecimien-

to de la acción es después de 4 a 6 horas de la primera dosis.

Monitorizar los signos vitales (frecuencia cardíaca, presión arterial, pulso y frecuencia respiratoria) y mantener el paciente o embarazada con adecuada temperatura corporal.

4.2. Tratamiento de Soporte

- 1- Paciente debe ser colocado en posición acostada (decúbito dorsal) con las piernas elevadas.
- 2- Oxígeno húmedo por máscara (100% - 4 a 6 L/min).
- 3- Nebulizaciones en caso de dificultad respiratoria con debe ser utilizada solución de Cloruro de Sódio 0,9% (10ml) y salbutamol (solución para inhalación 0,5 - 1 gota/Kg de peso, repetir hasta tres veces, con intervalo de 20 a 30 minutos).
- 4- Suero fisiológico al 0,9% o Ringer Lactato IV 1000 - 2000ml.

5- RECURSOS MATERIALES QUE DEBEN ESTAR DISPONIBLES EN LAS UNIDADES DESIGNADAS PARA EL TRATAMIENTO DE LAS REACCIONES ANAFILÁCTICA A LA PENICILINA

- Equipo para la administración de soluciones parenterales.
- Aguja hipodérmica descartables.

- Jeringuillas.
- Oxígeno medicinal con válvula y manómetro y mascarillas para su aplicación.
- Solución de adrenalina 1:1000 (ampollas de 1 ml X 1 mg).
- Clorfeniramina ampollas de 10 mg.
- Salbutamol. Gotas para nebulizar.
- Aminofilina ampollas de 10 ml de 250 mg.
- Hidrocortisona ampollas de 500 mg.
- Solución de cloruro de sodio 0,9% (solución salina fisiológica frascos de 250 ml y 500 ml).
- Equipo de intubación: laringoscopio con guía,
- Tubo oro traqueal.
- Balón para asistencia respiratoria manual (ambu).

6. MEDIDAS GENERALES

Toda reacción leve a la penicilina debe ser manejada por los servicios de atención básica que deben disponer de personal capacitado para el diagnóstico, tratamiento, como también de material necesario para su abordaje. Los casos más graves de anafilaxia a la penicilina deberán ser diagnosticados en los servicios de mayor complejidad, que después de las medidas iniciales, deberán ser encaminados para los servicios de referencia establecidos.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Simon C, Stille W and Wilkinson P.J. Antibiotic Therapy in the clinical practice. Ed Schattauer, Stuttgart, Germany.
2. Ministerio de Salud. Republica de Argentina. Recomendaciones para la Prevención de la transmisión vertical de Sífilis. 2003.
3. Horowitz, LÑ Atopy as factor in penicillin reaction. New Engl. J Med. 1975. 292:1243.
4. Kraft, D Roth A Mischer P, Pichler H. Ebner: Specific and total serum IgE measurements in the diagnosis of penicillin allergy. A long term follow-up study. Clinical Allergy 1977. 7: 21.
5. Quiao HL, Wen Q, Gao N, Tian X, Jia LJ. Association of IL-10 level and IL-10 promoter SNPs with specific antibodies in penicillin-allergic patients.
6. Wong. BB, Keith PK, Waserman S Clinical history as a predictor of penicillin, skin test outcome. ? 2006 Aug; 97(2):169-74.
7. Macy E, Mangat R, Burchette RJ. Penicillin skin testing in advance of need: multiyear follow-up in 568 test result-negative subjects exposed to oral penicillins ? 2003 May; 111(5):1111-5.
8. Song DD, Evans R, Shepherd GM, Casale TB, Condemi J, Greenberger PA, Kolher PF, Saxon A, Summers RJ, Van Ars del PP Jr et al. Results of the National Institute of Allergy and Infectious Diseases Collaborative Clinical Trial to test the predictive value of skin testing with major and minor penicillin derivatives in hospitalized adults. ? 1992 May; 152(5):1025-32.
9. Macy E. Penicillin skin testing in pregnant women with a history of penicillin allergy and group B streptococcus colonization? 2006 Aug; 97(2):164-8.
10. Stember RH. Prevalence of skin test reactivity in patients with convincing, vague, and unacceptable histories of penicillin allerg. ? 2005 Jan-Feb; 26(1):59-64.
11. Miles AM, Bain B. Penicillin anaphylaxis: a review of sensitization, treatment, and prevention? 1992; 3(2):50-6.
12. Salkind AR, Cuddy PG, Foxworth JW. The rational clinical examination. Is this patient allergic to penicillin? An evidence-based analysis of the likelihood of penicillin allergy ? 2001 May 16; 285(19):2498-505.
13. Ministerio de Salud de Brasil. Disposición sobre el empleo de la penicilina en la atención básica de salud y demás unidades del sistema único de salud. Portaria No. 156 del 19 de enero del 2006.
14. Manual de Uso de la Penicilina, Ministerio de Saúde. Brasil, 1999.

**NORMAS PARA EL
TRATAMIENTO
DE LA SIFILIS EN LA
EMBARAZADA**

**NORMAS
PARA EL
TRATAMIENTO
DE LA
SIFILIS EN LA
EMBARAZADA**